



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

**Prevalencia y factores asociados al inicio de vida sexual activa en
adolescentes de la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2018.**

**Tesis previa a la obtención del título
de Especialidad en Medicina
Familiar y Comunitaria**

Autora

Md. Karla Janneth Reinoso Jaramillo.

CI: 0104440573

Directora

Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas.

CI: 0104457767

Cuenca-Ecuador

04/04/2019



RESUMEN

Introducción: El inicio de vida sexual es un hecho trascendental; esto ocurre cada vez con mayor frecuencia en adolescentes, y mientras más pronto se inicia mayor será el número de parejas sexuales, riesgo de embarazos no deseados y las ITS (infecciones de transmisión sexual).

Objetivo: identificar la prevalencia y factores asociados al inicio de vida sexual en los adolescentes de la parroquia Hermano Miguel.

Metodología: estudio transversal; en 170 adolescentes, en 2 instituciones educativas de la parroquia Hermano Miguel, se reportó la prevalencia y factores asociados como desestructuración familiar, disfuncionalidad familiar y condición socioeconómica baja. Se presentó frecuencias, porcentajes, medias, desvío estándar, OR, intervalo de confianza 95%, valor p; para el análisis se usó el programa SPSS versión 23.

Resultados: el 60,6% perteneció al grupo de 14 a 16 años, el 57,1% fueron mujeres. El 45,9% ya inició su vida sexual; el 10,4% ha presentado una ITS. El 23,4% ha presentado embarazo. El 84,4% ha tenido de una a tres parejas. El 26% no utilizó ningún método anticonceptivo; el 60,6% pertenecen a una familia estructurada; el 67,1% a una condición socioeconómica baja; y el 77,6% poseen una familia funcional. Existió riesgo en la familia desestructurada y disfuncional de inicio de vida sexual, sin embargo, no fue significativo.

Conclusiones: los adolescentes iniciaron su vida sexual en un alto porcentaje y en una temprana edad, existió riesgo en las familias desestructuradas y disfuncionales mas no en la condición socioeconómica.

Palabras Claves: Adolescente. Inicio de vida sexual. Familia. Economía.



ABSTRACT

Introduction: The beginning of sexual life is a transcendental event; The response is more frequent in adolescents, the risk of unwanted pregnancies and STIs (sexually transmitted infections).

Objective: to identify the prevalence and factors associated with the beginning of sexual life in the adolescents of the Hermano Miguel parish.

Methodology: cross-sectional study; in 170 adolescents, in 2 educational institutions of the Hermano Miguel parish, the prevalence and factors such as family breakdown, family dysfunctionality and low socioeconomic status were reported. Frequencies, percentages, means, standard deviation, OR, 95% confidence interval, p-value were presented; The SPSS program version 23 was used for the analysis.

Results: 60.6% belonged to the group of 14 to 16 years, 57.1% were women. 45.9% already started their sexual life; 10.4% have presented an STI. 23.4% have presented pregnancy. 84.4% had one of three couples. 26% do not apply any contraceptive method; 60.6% belong to a structured family; 67.1% at a low socioeconomic status; and 77.6% of a functional family. Existence of risk in the dysfunctional and dysfunctional family of the beginning of sexual life, however, was not significant.

Conclusions: adolescents will initiate their sexual life in a high percentage and at an early age, there will be risk in dysfunctional and dysfunctional families but not in the socioeconomic condition.

Keywords: Adolescents. Start of sexual life. Family. Economy.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	6
PROPIEDAD INTELECTUAL	7
AGRADECIMIENTO	8
DEDICATORIA	9
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.2 JUSTIFICACIÓN	15
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	16
2.1 ADOLESCENCIA.....	16
2.2 VIDA SEXUAL EN EL ADOLESCENTE	17
2.3 CARACTERÍSTICAS DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN ADOLESCENTES .	19
2.4 FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL	21
2.4.1 ESTRUCTURA FAMILIAR	21
2.4.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.	23
2.4.3 CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA.....	25
3.1 HIPÓTESIS	26
3.2 OBJETIVO GENERAL.....	26
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
4. METODOLOGÍA	27
4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Ver Anexo 1)	27
4.2 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL.....	27



4.3 ÁREA DE ESTUDIO.	27
4.3.1 UNIVERSO Y MUESTRA.....	27
4.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS.	28
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	28
4.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.	29
4.5.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.	29
4.6 INSTRUMENTO	30
4.6.1 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS	30
4.7 MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES.	30
5. RESULTADOS	31
5.1 Información Sociodemográfica.....	31
5.2 Inicio de vida sexual.....	33
5.3 Correlación entre variables	36
6. DISCUSIÓN	37
7.1 CONCLUSIONES	41
8. BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	47
RECURSOS	52
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES NUEVO	53



LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Karla Janneth Reinoso Jaramillo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales de la tesis "Prevalencia y factores asociados al inicio de vida sexual activa en adolescentes de la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2018", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca que realice la publicación de esta tesis en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 04 de abril del 2019

Md. Karla Janneth Reinoso Jaramillo

CI: 0104440573



PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Karla Janneth Reinoso Jaramillo, autora de la tesis prevalencia y factores asociados al inicio de vida sexual activa en adolescentes de la parroquia Hermano Miguel, Cuenca, 2018; certifico que todas la ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presenta investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 04 de abril del 2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large 'K' and 'J' intertwined, positioned above a horizontal dashed line.

Md. Karla Janneth Reinoso Jaramillo

CI: 0104440573



AGRADECIMIENTO

Agradezco al Ministerio de Educación que me permitió realizar mi trabajo de titulación, a mi directora de tesis Dra. Janeth Tapia Cárdenas quien me ha guiado para poderlo culminar. De igual forma agradezco a los doctores José Ortiz y Ulises Freire por el apoyo brindado.



DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de titulación a mis padres, que gracias a su apoyo incondicional he logrado culminar mi carrera de especialidad; a mi hija, Eduarda, que con su ternura y amor ha sido mi impulso para continuar con la ardua labor diaria. Además, dedico esta tesis a mi hermano Andrés, que con su colaboración ha sido un pilar fundamental en la presentación de esta labor.



1. INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho el cual debe ser garantizado por el estado a través de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales. Se encuentra fundamentado en el acceso permanente y oportuno a programas, acciones, servicios de promoción y atención integral de salud en general y salud sexual y reproductiva sin exclusión alguna de grupos o individuos. El Estado Ecuatoriano a través de la Política Nacional de Salud, Derechos Sexuales y Reproductivos, favorece la aplicación y exige el cumplimiento de todos los avances realizados en lo referente a este tema, de manera que, sean una concreción en la realidad nacional tanto para las mujeres, así como para los hombres del Ecuador ⁽¹⁾.

En este marco social, político y jurídico, la adolescencia se presenta como una etapa del desarrollo del ser humano en la cual la salud sexual y reproductiva juegan un papel sustancial para el correcto desenvolvimiento de los sujetos en lo que respecta a su entorno social, económico y cultural.

Ante lo anteriormente expuesto, se hace necesario conceptualizar la adolescencia, definiéndose en primera instancia como una etapa fundamental para el crecimiento y el desarrollo humano. Se extiende desde los 10 a los 19 años de edad, considerando que en esta etapa el niño se transforma en adulto y presenta cambios a nivel biológico, psicológico, espiritual y social. Estos cambios implican el comienzo de una intensa sexualidad, así como, el origen de nuevos sentimientos que influyen en sus ámbitos sociales y personales; de la misma forma, estos factores tendrán una marcada influencia en los aspectos psicológicos del adolescente ⁽²⁾.

El inicio de la vida sexual es un hecho de gran trascendencia para las personas, la primera relación sexual posee un significado especial para el ser humano, puesto que conlleva una dimensión física y biológica referida al uso del cuerpo para entablar una relación con otros individuos, relación mediada por placer. Esto es fundamental para el desarrollo emocional, así como, para el establecimiento de relaciones interpersonales estables ⁽³⁾.



El inicio de la vida sexual en los adolescentes es cada vez más frecuente, su prevalencia ha aumentado en los últimos años, existiendo consecuencias que ponen en riesgo la salud de los adolescentes ⁽⁴⁾. En este sentido, los adolescentes se presentan como un grupo con un alto grado de vulnerabilidad respecto a la salud sexual y reproductiva, existiendo diversos obstáculos que no les permiten ejercer sus derechos o que limitan los mismos ⁽⁵⁾.

Desde la perspectiva psicosocial existen varios factores a nivel familiar e individual que se asocian con el retraso de inicio de vida sexual; como un mayor nivel educativo y económico de los padres, pertenecer a familias estructuradas y contar con buena comunicación entre padres e hijos, entre otras. En relación a los factores individuales que se asocian son el nivel educativo, trastornos del estado de ánimo y la autoestima ⁽¹⁾.

En este contexto, la investigación se realizó con la finalidad de analizar los factores familiares y factores sociales que influyen en el inicio de vida sexual, además de su caracterización; esto debido a la alta prevalencia de embarazo adolescentes a nivel local y nacional. Este estudio se realizó en adolescentes escolarizados de 14 a 19 años en la parroquia Hermano Miguel, para conocer los factores que influyen en el inicio de la vida sexual. Se aplicó 4 cuestionarios para la obtención de los datos y su posterior análisis que serán exhibidos en el presente trabajo.



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adolescencia al presentarse como una etapa de alto grado de vulnerabilidad para los sujetos, en el sentido de que puede generar conductas sexuales de riesgo que dependen en gran parte de las dinámicas familiares y sociales en las que se desarrolla el adolescente, el análisis de los factores de riesgo que influyen en el inicio de vida sexual precoz es sustancial. El adolescente es muy susceptible a su entorno cultural y familiar, por lo que si su desarrollo en estos contextos es anormal experimentará dificultades para entablar relaciones sociales que afectarán directamente al desarrollo de su sexualidad. Por ejemplo, las dificultades entre los padres e hijos adolescentes se presentan por lo general en el marco de la autoridad y los valores practicados dentro de la familia, lo que determinará ciertas características y modos de comportamiento en cuanto a la sexualidad del adolescente ⁽²⁾.

La adolescencia tiene por función primordial la identificación del individuo constituyéndolo como un ser social, es entonces que durante esta etapa de la vida existe la búsqueda de un equilibrio, logrado a través del desarrollo de una nueva estructura en el pensamiento. Todo esto representa para el adolescente, un ambiente de vulnerabilidad en lo que respecta al inicio de su actividad sexual ⁽⁸⁾.

Asimismo, los cambios que se observan en el desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia no pueden ser limitados a la relación con los ámbitos sociales, y personales, puesto que se debe tomar en cuenta los momentos históricos por los que pasa una sociedad como lo es la globalización, los procesos de modernización y el acceso ilimitado a la información. En este sentido, estos elementos se presentan como factores de riesgo para los adolescentes, por lo que se hace necesario investigar en qué grado tienen influencia en el inicio de vida sexual ⁽⁸⁾.



El inicio de vida sexual es cada vez a más temprana edad. En América Latina y el Caribe aproximadamente el 50% ha iniciado vida sexual antes de los 17 años de edad, y entre el 53 al 71% antes de los 20 años ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el 11 % de los nacidos vivos son producto de adolescentes entre los 10 y 19 años, esta cifra se registra en su mayoría en países en desarrollo; así mismo afirma que las complicaciones de embarazos y partos son parte de las principales causas de mortalidad en mujeres entre los 15 a 19 años ⁽⁸⁾.

Ante esto, Lenciauskiene y Zaborskis realizaron un estudio en 10 países de Europa en el año 2008. Se observó que un tercio de los adolescentes (hombres 33,4%, mujeres 28,3%) habían iniciado su actividad sexual antes de los 15 años, de la misma forma se observó que la estructura familiar intacta y estable fue uno de los factores más importantes para prevenir conductas de riesgo que propicien el inicio de vida sexual precoz ⁽⁴⁾.

En América Latina, los adolescentes entre 10 y 19 años de edad se enfrentan a varios problemas en su salud sexual y reproductiva. Los estudios demuestran que los jóvenes inician su vida sexual a edades cada vez más precoces, y solo un pequeño porcentaje toma precauciones para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados ⁽⁵⁾. En consecuencia, el aborto es una de las salidas para estos problemas de salud. En países latinoamericanos como Brasil, Colombia, República Dominicana y Perú se observó que entre el 10 y el 21% de las hospitalizaciones por complicaciones surgió de un aborto inseguro realizado a mujeres de 15 a 19 años de edad ⁽⁶⁾.

Según datos del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) para el año 2010 se registraron 122.301 madres adolescentes, cuyos egresos hospitalarios, en etapa de parto o puerperio se han elevado desde el año 2008 con una cifra de 95.216 y hasta el año 2010 con una cifra de 100.123. La fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años registró un aumento del 11% para los periodos 1999- 2004 y el 2007-2012 ⁽⁷⁾.



La mayoría de los adolescentes tienen experiencias sexuales, pero muy pocos lo hacen teniendo información suficiente sobre los riesgos a los que se exponen al no protegerse. Asimismo, la preocupación respecto los temas de salud sexual y reproductiva es baja, debido a que reciben información negativa y amenazante, y por otro lado, se sienten invulnerables a cualquier tipo de riesgo ⁽⁸⁾.

Más de dos millones de jóvenes de entre 10 y 19 años se encuentran infectados por VIH (Virus Inmunodeficiencia Adquirida), con tasas de mortalidad que no han disminuido en la misma medida que en otros grupos de población. Entre el 2005 y 2012 las muertes ocasionadas por VIH entre los adolescentes aumentaron hasta en un 50%. Si bien el SIDA ha disminuido en su mortalidad entre adultos (30%), la séptima parte de estas infecciones se produce en adolescentes; siendo el principal medio de transmisión, la actividad sexual sin protección ⁽⁹⁾.

El proyecto de Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad (CERCA por sus siglas en ingles), implementado en el 2013 en la ciudad de Cuenca, demostró que la media de edad del inicio de relaciones sexuales fue a los 15 años de edad. El 2.6% inició antes de los 10 años y el 34.86% antes de los 14 años de edad ⁽¹⁰⁾.

Un estudio realizado en el Perú reveló que el inicio de la vida sexual activa de los adolescentes tuvo una frecuencia del 17.9% ⁽²⁾.



1.2 JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se apega a dos líneas de investigación de la Universidad de Cuenca, Salud Sexual y Reproductiva y Salud en Adolescente; y dentro de las prioridades de investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013- 2017, en el área 19 “Sistema Nacional de Salud”, en la línea de atención primaria en salud y la sublínea de promoción y prevención ⁽¹¹⁾.

No se posee información sobre la prevalencia de inicio de vida sexual en adolescentes de la parroquia Hermano Miguel ni sus factores sociales y familiares asociados, por lo que resulta pertinente realizar este estudio.

Las unidades educativas donde se realizó las encuestas fueron los beneficiarios del estudio al conocer la realidad de sus estudiantes. Además, el resultado de esta investigación permitirá trabajar en el ambiente familiar y social de los alumnos a corto y largo plazo.

Se dispuso de los recursos humanos y económicos necesarios para realizar el estudio. El proyecto fue factible debido a que el objetivo fue obtener información veraz y actualizada sobre la problemática expuesta; con los resultados obtenidos se podrá orientar e informar sobre una planificación familiar adecuada.

Los resultados obtenidos de esta investigación serán difundidos a través de los medios informáticos de la Universidad de Cuenca en la plataforma virtual, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y en las diferentes instituciones donde se realizó la investigación.



2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 ADOLESCENCIA

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define a la adolescencia como la “Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años)” ⁽¹²⁾.

Por otra parte, la adolescencia, en relación al ciclo vital individual y sus características, se define como la etapa en la cual se suscita un proceso de búsqueda de identidad partiendo de un modelo que proviene del exterior, el mismo que es elegido por diversas características que van de acuerdo con las necesidades psicológicas que el adolescente experimenta. En este campo se presenta también la marcada influencia de la sociedad, que es transmitido por los padres y por los pares ⁽¹³⁾.

En este contexto, se puede afirmar que la conducta sexual del adolescente es un fenómeno que obedece a diversos fenómenos sociales y a los factores familiares en los que se han desarrollado, siendo estos últimos de particular trascendencia ⁽¹¹⁾.

De esta forma, la conducta sexual se determina, en gran medida, por la relación establecida con el núcleo familiar, lugar en el cual, se desarrollan conocimientos, habilidades y capacidades necesarias para su desarrollo físico y espiritual. Durante la adolescencia aumentan las conductas de riesgo, al mismo tiempo que se debilita la posibilidad de control e influencias de los progenitores, por la necesidad de independencia y de separación del adolescente ⁽¹⁴⁾.

Durante el desarrollo de la adolescencia se ha podido observado la presencia de conflictos filio-parentales, en este sentido, varios estudios han señalado que existen efectos positivos respecto a estos enfrentamientos, entre los cuales se puede mencionar, al desarrollo del adolescente, el fomento de la tolerancia y el aprendizaje



de habilidades para resolver disputas. También mejora la comprensión entre los progenitores y los hijos, proporcionando un intercambio constante de información, y a la vez, favoreciendo la autonomía en el transcurso de esta etapa de la vida. En contraste, otros estudios demuestran que estos conflictos generan factores negativos en el desarrollo, cuyas consecuencias pueden originar conductas de riesgo con marcada influencia en el adolescente. De acuerdo a esto, las relaciones paterno filiales y el bienestar del adolescente van a depender de varios factores moduladores como la flexibilidad y cohesión del sistema familiar ⁽¹⁵⁾.

En virtud de ello, los adolescentes tempranos están más orientados a tomar decisiones teniendo en cuenta la opinión de sus padres; a medida que avanza esta período, las resoluciones que tomen los sujetos respecto a cualquier tipo de situación, tienden a estar en relación con los criterios del grupo de referencia, y sólo hasta el final de este etapa, los jóvenes comienzan a decidir con base en sus juicios personales ⁽¹⁶⁾.

2.2 VIDA SEXUAL EN EL ADOLESCENTE

El desarrollo temprano de la sexualidad no se encuentra acompañado por una marcada madurez psicológica, puesto que, no existen los conocimientos necesarios para asumir la sexualidad de una forma responsable. La práctica sexual, en un contexto ideal, debería producir satisfacción al ser humano, sin estar expuestos a eventos estresantes como los embarazos no deseados o no planificados, las infecciones de transmisión sexual, entre otros. De acuerdo a lo anterior, se afirma que, el inicio de la vida sexual debe estar acompañado por el desarrollo adecuado de la madurez, permitiendo que el acto sexual sea un momento inolvidable y que, no se convierta en un recuerdo desagradable ⁽¹⁷⁾.

Como se mencionó en el apartado anterior, los adolescentes están expuestos a factores y conductas de riesgo, aumentando la probabilidad de ser víctimas de un hecho indeseable, una enfermedad e incluso hasta de la muerte ⁽¹⁸⁾. Todo esto puede alterar su desarrollo psicosocial, con repercusiones en el presente y en el futuro. La actividad sexual carente de información así como la conducta son uno de



los factores catalogados como riesgosos, además, se presentan como dos de las más frecuentes causas en lo que respecta a embarazos no planificados, contagio de enfermedades y la frustración social por no poder concluir su proyecto de vida, constituyendo un problema de salud ⁽¹⁹⁾.

La relevancia que poseen los padres en el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes es sustancial. Se ha demostrado que la poca supervisión, la comunicación filio-parental o el grado de aprobación de las relaciones coitales de los hijos son determinantes de sexualidad precoz ⁽²⁰⁾.

En la actualidad, los adolescentes alcanzan la madurez sexual a edades muy tempranas, además, se afirma que el primer coito, tanto en varones como en mujeres, ocurre de uno a dos años después de la menarquia y espermaquia. Por lo general, los jóvenes inician sus relaciones sexuales en la adolescencia tardía que comprende el rango de edad de 15 a 19 años, que es la etapa en la que más comparten con sus pares. Por otro lado, durante esta etapa, los sujetos ostentan un sentimiento de omnipotencia e inmortalidad, cuyo efecto es la adquisición de conductas sexuales de riesgo, trayendo como consecuencia los problemas de salud anteriormente mencionados ⁽²¹⁾.

El inicio temprano de las relaciones sexuales durante la adolescencia, mediado por la carencia de recursos cognoscitivos necesarios acerca del tema, se ha generalizado en la época actual, a pesar de que existen sistemas de salud cuya función es la promoción y socialización de las buenas prácticas sexuales. En este contexto, para algunos autores los medios de difusión son trascendentales en la incitación para el inicio de la actividad sexual ⁽¹²⁾.

El alcanzar una conducta adecuado en relación a la sexualidad, en sus ámbitos físicos y psicológicos, es una de las tareas que debe realizarse en la etapa de la adolescencia. El experimentar en este ciclo vital es normal. La OMS en la 51^a asamblea, consideró a los adolescentes como población vulnerable a las conductas sexuales de riesgo: las relaciones sexuales sin protección tienen como consecuencia embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión



sexual; en muchos lugares del mundo la educación sexual no es objetiva y sin prejuicios; la información y conocimiento insuficiente sobre este tópico produce tensión emocional; por último, la nula confidencialidad en los servicios de salud limitan el acceso a los adolescentes para su atención y asesoramiento ⁽²²⁾.

La sexualidad en la adolescencia se encuentra influenciada por las creencias y actitudes que se mantienen en la familia, amigos de referencia, la sociedad y la cultura; esto estructura saberes que las personas aprenden ⁽²³⁾. La sexualidad no depende completamente de componentes fisiológicos, su mayor influencia son los contextos sociales ⁽²⁴⁾.

Las conductas de riesgo en los adolescentes (incluida el inicio de vida sexual), no se encuentran distribuidas de manera aleatoria, sino que tienden a concentrarse en ciertos grupos poblacionales. Estos conjuntos de jóvenes presentan varias conductas de riesgo: los adolescentes que consumen drogas son los que han iniciado vida sexual y que tienen un bajo rendimiento escolar; por lo tanto, esta problemática no es aislada ⁽²⁵⁾.

2.3 CARACTERISTICAS DE INICIO DE VIDA SEXUAL EN ADOLESCENTES

Para Mendoza y Cols, el 15% de los adolescentes iniciaron su vida sexual en la etapa temprana de la adolescencia, el 44,8% en la etapa media y el 40,2% en la etapa tardía. Asimismo, los jóvenes varones (media de 14 años) han iniciado su actividad de una forma mucho más prematura que las mujeres (media de 15 años). Además, el 23,8% indican tener más de una pareja sexual al año, con frecuencia mayor en los varones (media de 3) que en mujeres (media de 2) ⁽³⁾.

En un estudio realizado por Gonzales et al., en Chile durante el año 2007, con 4971 adolescentes de 12 a 19 años de edad, se demostró las siguientes características: el promedio de edad de inicio de vida sexual fue de 15,7 años para los hombres y de 15,5 años para las mujeres, presentando una disminución progresiva de 2,3% por año. El 55,4% de la muestra señaló que la principal fuente de información acerca de la sexualidad son las instituciones educativas, con una frecuencia mayoritaria



para las mujeres. El 50% respondió haber utilizado algún método anticonceptivo durante su actividad sexual, siendo el condón masculino el más usado para el 86,8% de los varones y un 67,4% para las mujeres ⁽²⁶⁾.

En otro contexto, el estudio realizado en México por González et al., durante el año 2005, mediante la Encuesta Nacional de Salud (ENSA); demostró que del total de los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales solo un 37% afirmó haber utilizado algún método anticonceptivo, explicitándose a la vez que, los hombres lo usan 4.09 veces más que las mujeres. En lo referente a la región geográfica en la que viven los sujetos de estudio, los adolescentes pertenecientes a zonas urbanas tuvieron 1.94 veces más posibilidad de usar anticonceptivos en comparación con aquellos que habitan en las zonas rurales. Con respecto a la edad, la investigación demostró que la probabilidad de utilizar anticonceptivos se eleva a medida que aumenta la edad (18 a 19 años, 3.16; 16 a 17 años 2.0). Con relación a los antecedentes, el 55,7% reportaron haber pasado por un proceso de embarazo alguna vez; en este sentido, las adolescentes que iniciaron su vida sexual antes de los 14 años presentaron 12.29 veces más probabilidad de tener antecedentes de embarazo ⁽²⁷⁾.

Desde otro contexto, la investigación realizada en España en el año 2012 por Rodríguez et al., demostró que el 18,2% de los adolescentes mantuvieron relaciones sexuales con penetración a una edad media de 14,2 años. Además, se observó que los chicos que inician en etapas tempranas sus relaciones sexuales han tenido un número mayor de parejas sexuales. El 85% utilizaron algún método anticonceptivo en su primer coito; el 97,3% optó por el condón, el 0,9% por pastillas y el 1,8% utilizaron el coito interrumpido ⁽²⁸⁾.

Finalmente, la investigación realizada en Colombia durante el año 2009 por Pinzón et al., demostró una prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual del 31%, siendo las enfermedades más comunes la condilomatosis y la infección por *Neisseria Gonorrhoeae* ⁽²⁹⁾.



2.4 FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL

2.4.1 ESTRUCTURA FAMILIAR

La sexualidad en el adolescente es un fenómeno multifactorial, en donde la familia tiene un rol muy importante. En presencia de una familia estructurada, el inicio de vida sexual se posterga significativamente; pero no solo la estructura es responsable, la buena comunicación entre padres e hijos, la actitud restrictiva de los padres y un mayor nivel educativo de los mismos retrasa el inicio de vida sexual de los hijos. Otros estudios indican que los pares y los medios de comunicación son más relevantes ⁽³⁰⁾.

La desestructuración familiar por sí sola no es un factor de riesgo para el inicio de vida sexual. La usencia de uno de los padres, y por consiguiente la falta de apoyo y comunicación en la familia, generan vulnerabilidad en los adolescentes ante las influencias sociales, ya sea medio informativos o por sus pares ⁽¹³⁾.

Por otro lado, los adolescentes hijos de madres solteras están en mayor riesgo de iniciar vida sexual, debido a la actitud permisiva sobre las relaciones sexuales prematrimoniales. Una familia desestructurada podría influenciar en la actividad sexual de los jóvenes, en especial si la madre establece una nueva relación de pareja que impliquen relaciones sexuales ⁽³⁰⁾.

Un estudio realizado en México, por Tuñón y Nazar en el año 2004 con 8801 adolescentes que se encontraban en el rango de edad de 12 a 19 años, reveló que el 16.8 % de los adolescentes entrevistados dieron una respuesta positiva con relación al inicio de vida sexual ⁽³¹⁾.

Por otra parte, en Chile en el año 2013, González, et al., ejecutaron un estudio en 3210 adolescentes entre 12 y 19 años, en el cual se asoció los factores familiares con el inicio de vida sexual. Los adolescentes menores de 15 años que vivían en hogares desestructurados representados por el 53,8%, ya habían iniciado su vida sexual, por el contrario, el 46,2% que no iniciaron sus actividades sexuales, pertenecían a hogares estables que contaban con ambas figuras paternas ⁽³²⁾.



Otro de los estudios concernientes al tema, es el realizado por Andrade et al., en la ciudad de México DF. Durante el año 2006. En su investigación, dividieron a los adolescentes en dos grupos, el primero constaba de aquellos que ya habían iniciado su vida sexual, por otra parte, el segundo estaba compuesto por aquellos que no la habían iniciado. Las conclusiones que arrojó el estudio fueron que, en el primer grupo el 78,9% pertenecía a familias estructuradas; en cambio, en el segundo grupo el porcentaje fue mayor (83,2%) para familias con las mismas características ⁽³³⁾.

En Managua se demostró que la ausencia del padre dentro del núcleo familiar debido a procesos migratorios, es un factor de riesgo asociado al inicio de vida sexual, sobre todo en las hijas adolescentes, además al embarazo en adolescentes presenta en un Odds Ratio de 1,36. Estas fueron las características que se expusieron en la investigación realizada por Decat, et al., durante el año 2015 ⁽³⁴⁾.

Desde otra perspectiva, el estudio realizado en Colombia por González, et al., en el año 2009, manifestó que la mayoría de jóvenes recibieron información acerca de salud sexual y reproductiva; no obstante, el 80% de los jóvenes mantuvieron su primera relación sexual sin protección, ni planificación ⁽³⁵⁾.

En el continente europeo, Lenciauskiene y Zaborskis realizaron una investigación en 10 países durante el año 2008, con 14287 adolescentes de 15 años, observando que el 43,8% de varones y un 38,7% de mujeres que provenían de familias desestructuradas, ya habían iniciado su actividad sexual. De acuerdo a esto, se concluyó que las relaciones padres-adolescentes cercanas y un alto nivel de supervisión parental eran factores menos protectores que la estructura familia intacta ⁽⁴⁾.

Un estudio realizado por Ruiz, et al., en El Salvador durante el año 2012, demostró que la principal fuente de información utilizada por los estudiantes para tratar frecuentemente los temas relacionados con el amor y la sexualidad fueron los padres (37%), seguido de los amigos (33%), los hermanos (17%), los libros (14%), las revistas o Internet (13%), el profesor (10%) y el sacerdote (6%) ⁽²⁰⁾.



Por otro lado, un estudio realizado por Calle Karin, en Perú en el 2017 demostró que no existió relación entre la estructura familiar y el inicio de vida sexual. Se observó en el estudio un valor de p de 0,18; descartando la relación entre las dos variables ⁽³⁶⁾

2.4.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

En este marco conceptual, se hace necesario conceptualizar a la familia desde la perspectiva de la medicina familiar, por lo que se expone que:

“La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. Es responsable de guiar y proteger a sus miembros, su estructura es diversa y depende del contexto en el que se ubique. Es la unidad de análisis de la Medicina Familiar para estudiar y dar seguimiento al proceso salud-enfermedad.” (Archivos de Medicina Familiar, 2005)

En este sentido, la familia se presenta como el núcleo básico de la sociedad, puesto que, es el grupo de interacción entre el individuo y la comunidad. En el sistema familiar el ser humano registra sus primeros sentimientos, vivencias, incorpora pautas de comportamiento y le da un sentido a la vida ⁽¹⁴⁾.

En la misma línea conceptual, la familia se define como un sistema que se transforma constantemente y tiende a adaptarse a diferentes exigencias. En ella se desarrollan dos procesos contradictorios que son la continuidad (homeostasis) y el crecimiento (transformación). Otra de sus características es la de ser un sistema activo que se autogobierna, asimismo, mediante varios mecanismos ayuda a que todos sus miembros puedan ser capaces de dar respuestas a las demandas personales y sociales, facilitando la estabilidad estructural de este microsistema. Por último, se puede definir a la familia como un medio abierto a la interacción con otras estructuras sociales, debido a que, esta no se encuentra aislada, sino, en una constante interrelación con el entorno ⁽³⁷⁾.



La funcionalidad familiar es la capacidad de hacer frente y prevalecer en cada etapa del ciclo vital y sus crisis y poder cumplir las tareas de estos ciclos de acuerdo a las demandas del medio externo. El funcionamiento en la familia es un determinante en el proceso salud-enfermedad de sus miembros. Por otro lado, la disfuncionalidad en la familia acarrea problemas sociales y de salud en los adolescentes con la aparición de conductas de riesgo. La familia y su dinámica es la responsable de asistir en el desarrollo de los individuos que la conforman, convirtiéndose en un factor predisponente ⁽³⁸⁾.

De acuerdo a sus posibilidades, la familia debe satisfacer las necesidades primordiales de cada uno de sus integrantes, y es el medio por el cual transmite a las siguientes generaciones los valores espirituales, culturales, morales y costumbres en relación al contexto social ⁽³⁹⁾.

"Un amor auténtico entre los padres, su respeto mutuo, los cuidados que se prodigan, las expresiones de ternura y cariño admisibles abiertamente. Si todo esto ocurre a la vista de los hijos desde los primeros años, sirve de medio educativo más eficaz y provoca necesariamente la atención de los niños hacia relaciones tan serias y bellas entre el hombre y la mujer" ⁽⁴⁰⁾.

En Chile en el año 2013, González et al., realizaron un estudio en 3210 adolescentes que cursaban las edades comprendidas entre los 12 y 19 años. Esta investigación asoció los factores familiares con el inicio de vida sexual, con lo cual, se pudo observar que en los hogares disfuncionales existió un 39,9% de adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual ⁽³²⁾.

La investigación implementada en Nairobi-África durante el año 2013 por Marston et al., con 1894 adolescentes de 12 a 16 años demostró que el 59.1% de los varones y 60,5% de las mujeres que provenían de hogares disfuncionales, ya habían iniciado su actividad sexual. Asimismo, otros factores asociados fueron la deserción escolar y el no haber recibido educación formal ⁽⁴¹⁾.



2.4.3 CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA

Los adolescentes toman decisiones sobre sus prácticas sexuales de acuerdo a las oportunidades económicas, de trabajo y educativas; sin embargo, la condición socioeconómica no es un factor predisponente aislado, además intervienen las normas sociales e influencia de la colectividad en que viven y se desarrollan ⁽⁴²⁾.

Existe evidencia que manifiesta que cuando la condición socioeconómica decrece, la actividad sexual y el número de embarazos aumenta, debido a que el status económico inseguro y las bajas expectativas desmoralizan a los adolescentes y no les permite idealizar un futuro prometedor lleno de logros, por lo tanto, postergar la maternidad y paternidad ⁽³²⁾.

Sin embargo, existen otros estudios multivariados longitudinales que indican que la condición socioeconómica tiene muy poco efecto sobre el inicio de vida sexual a edades tempranas ⁽³⁾.

Un estudio realizado en Colombia en el 2016 por Flórez y Soto, concluyó que las inequidades socioeconómicas respecto al acceso a la educación y el nivel de vida, fueron un factor determinante en la salud sexual y reproductiva. La proporción de madres adolescentes que tuvieron un hijo antes de los 15 años fue 2,2 veces mayor en las zonas rurales que en las urbanas; asimismo, fue 7 veces mayor entre las mujeres con un bajo nivel de educación, que entre aquellas que ya habían completado sus estudios de educación secundaria; en el mismo orden de ideas, los datos muestra que entre las mujeres que poseía a condiciones socioeconómicas bajas la proporción fue 15 veces mayor, en comparación a aquellas que pertenecían a una condición socioeconómica media y alta. En conclusión, las adolescentes con menor educación y el bajo nivel económico estuvieron expuestas a un mayor riesgo de embarazo, debido al inicio de vida sexual ⁽⁴³⁾.

Finalmente, otro estudio realizado en Colombia por Florez en el 2006 indicó que el 25% de los adolescentes de estrato económico bajo inició su vida sexual a los 15 años de edad ⁽⁴²⁾.



3.1 HIPÓTESIS

1. El inicio de vida sexual tiene una mayor prevalencia en la población y grupos de adolescentes que tienen condiciones de disfuncionalidad familiar, desestructuración familiar y condición socioeconómica baja.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia, caracterización y factores asociados como disfuncionalidad familiar, desestructuración familiar y condición socioeconómica baja al inicio de vida sexual en los adolescentes escolarizados de la parroquia Hermano Miguel.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio.
2. Determinar la prevalencia de inicio de vida sexual en adolescentes.
3. Establecer las características del inicio de vida sexual en los adolescentes.
4. Establecer asociación causal entre los factores asociados y el inicio de vida sexual.



4. METODOLOGÍA

4.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (Ver Anexo 1)

4.2 TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL.

Es un estudio observacional, analítico de corte transversal o de prevalencia que permitirá conocer la frecuencia de inicio de vida sexual, asociados a factores de asociados como funcionalidad familiar, estructura familiar y condición socioeconómica.

4.3 ÁREA DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en las siguientes unidades educativas: Carlos Rigoberto Vintimilla e Isabel Moscoso; que corresponden a la parroquia Hermano Miguel, del cantón Cuenca, provincia del Azuay.

4.3.1 UNIVERSO Y MUESTRA.

El estudio fue ejecutado en adolescentes entre 14 a 19 años de edad de la parroquia Hermano Miguel.

Se dispuso de una población de estudio constituida por 295 estudiantes matriculados para el periodo 2017-2018, en las etapas de bachillerato en las 2 unidades educativas de la parroquia Hermano Miguel como son: Carlos Rigoberto Vintimilla e Isabel Moscoso. El estudio en primera instancia permitió separar a la población en dos grupos: adolescentes con inicio de vida sexual y sin ella; y se analizó la presencia de factores asociados, en cada uno de los adolescentes.

La frecuencia de inicio de vida sexual en América Latina es del 50%. Se contó con una población de 295 estudiantes de 14 a 19 años matriculados en las unidades educativas ya mencionadas, nivel de confianza de 95%, defecto de diseño 1%, margen de error aceptable del 5% y riesgo de deserción del 10%, dando una muestra de 165 adolescentes. Se realizará un muestreo aleatorio estratificado.



Tabla 1. Universo y muestra

Unidad Educativa	Población	% Estrato	Muestra
Carlos Rigoberto V.	146	49.5	90
Isabel Moscoso.	149	50.5	93
Total	295	100	183

Fuente: Elaboración propia
Elaborado por: Karla Reinoso

4.3.2 UNIDAD DE ANÁLISIS.

La unidad de análisis fueron los adolescentes de 14 a 19 años de edad matriculados en las unidades educativas de la parroquia Hermano Miguel en la sección del bachillerato, la muestra se aleatorizó mediante el programa Randomization.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

Los criterios de inclusión:

- Adolescentes entre 14 a 19 años de edad matriculados en las instituciones educativas de la parroquia Hermano Miguel, matriculados para el año lectivo 2017-2018 de las unidades educativas Carlos Rigoberto Vintimilla, e Isabel Moscoso.
- Firma del consentimiento y asentimiento informado firmado.

Los criterios de exclusión:

- Adolescentes discapacidad intelectual
- Estudiantes que no completan el llenado del formulario de datos.



4.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.

Se realizó un plan piloto en una población con características similares a la muestra para el uso de instrumentos.

Se calculó el Alfa de Cronbach y dos mitades para comprobar la fiabilidad de los instrumentos.

Los Instrumentos utilizados:

- Cuestionario de Información General que recolectó datos socio demográfico y características sobre estructura familiar, clasificándola como familia estructurada y desestructurada.
- El instrumento propuesto para evaluar funcionalidad familiar FF-SIL, el cual mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. El formulario FF-SIL utiliza la siguiente escala: Funcional 57 a 75 puntos; moderadamente funcional 43 a 56; disfuncional 28 a 42; severamente disfuncional 14 a 27 puntos. Esta escala fue dicotomizada en Funcional (funcional y moderadamente funcional) y disfuncional (disfuncional y severamente disfuncional).
- Encuesta de Graffar-Mendez para estratificación del nivel socioeconómico. Cuenta con 4 ítems y cada ítem posee 5 variables. Equivalencia del puntaje: 4 a 6 = alto. 7 a 9 = medio alto. 10 a 12 = medio bajo. 13 a 16 bajo. 17 a 20 marginal. Esta escala fue dicotomizada en condición socioeconómica baja y condición socioeconómica media-alta.
- Encuesta sobre características del inicio de vida sexual en los adolescentes.

Los estudiantes fueron capacitados sobre el correcto llenado del cuestionario minutos antes de la evaluación.

4.5.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Se realizó recolección personalizada de la información a los estudiantes. Cada cuestionario fue codificado de acuerdo a la unidad educativa y al estudiante seleccionado. Los datos fueron recogidos durante la jornada escolar.



4.6 INSTRUMENTO

Se utilizaron para la medición cuatro tipos de cuestionarios:

- Cuestionario de Información Socio-Demográfica y Características familiares.
- Cuestionario FFSIL.
- Encuesta de Graffar Méndez para estratificación del nivel socioeconómico.
- Encuesta sobre características de inicio de vida sexual.

4.6.1 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar el estudio se solicitó el permiso correspondiente al Ministerio de Educación de la ciudad de Cuenca y a los directores de los colegios en los que se va a aplicar la encuesta.

Se solicitó el consentimiento informado o asentimiento informado según sea el caso. Los datos obtenidos fueron entregados a la Facultad de Ciencias Médicas, y podrán ser verificados por la misma.

Los resultados finales serán socializados para el beneficio de la población en general.

La información que se recolectó será manejada venerando la integridad de las personas, su confidencialidad.

Los datos obtenidos son utilizados únicamente con fines académicos y de investigación.

4.7 MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS DE LOS DATOS SEGÚN TIPO DE VARIABLES.

- Tabla de inicial: (se presentarán: frecuencias, porcentajes, medias y desvío estándar).
- Tabla de análisis bivariado (se presentarán valor de p, chi cuadrado, intervalo de confianza 95%, OR)
- Los datos fueron introducidos en una base de SPSS versión 23
- Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS versión 23
- Para el cálculo de la muestra se utilizó el programa Epi Info.



5. RESULTADOS

5.1 Información Sociodemográfica

Los encuestados que cumplieron los criterios de inclusión fueron 170, se clasificó a la edad en dos estratos de 14 a 16 años como adolescencia media y de 17 a 19 años como adolescencia tardía.

Tabla 2. Caracterización socio-demográfica de 170 adolescentes escolarizados de la parroquia Hermano Miguel. Cuenca 2018.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
14 a 16 años	103	60,6
17 a 19 años	67	39,4
Total	170	100
Sexo		
Masculino	73	42,9
Femenino	97	57,1
Total	170	100
Lugar de Residencia		
Urbana	113	66,5
Rural	57	33,5
Total	170	100
Estado Civil		
Soltero	157	92,4
Casado	3	1,8
Unión Libre	10	5,9
Total	170	100

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Karla Reinoso



Interpretación: De acuerdo a los datos recolectados mediante el levantamiento de información realizado a 170 estudiantes de las instituciones educativas, se muestra que, según el rango de edad, la población estudiada se distribuye de la siguiente manera: el 60,6% (103) de los estudiantes pertenece al grupo de 14 a 16 años, siendo el grupo mayoritario; y el 39,4% (67) pertenece al grupo de 17 a 19 años. la media de edad fue 16,14 años $DS \pm 1,29$.

Asimismo, en relación a la distribución de género el 57,1% (97) pertenecientes al género femenino y un 42,9% (73) pertenecientes al género masculino.

Por otra parte, desde una perspectiva contextual es importante tomar en cuenta el lugar de residencia de los estudiantes, lo que se muestra en la tabla precedente cuyos datos muestran que un 66,5% (113) de los estudiantes residen en la zona urbana, mientras que un 33,5% (57) viven en la zona rural.

En lo referente al estado civil se puede apreciar que de los 170 estudiantes encuestados el 92,4% (157) se encuentran solteros, mientras que un 5,9% (10) pertenecen al modelo de unión libre y el 1,8% (3) fueron casados (Tabla 2)



5.2 Inicio de vida sexual

Tabla 3. Caracterización del inicio de vida sexual en 170 adolescentes escolarizados de la parroquia Hermano Miguel. Cuenca 2018.

Variable	Numero	Porcentaje	
Inicio de Vida Sexual			
Si	77	45,9	
No	93	54,1	
Edad de inicio de vida sexual			
11-13 años	10	13	Media 14,73 años DS ±2,20
14-16 años	60	77,9	
17-19 años	7	9,1	
ITS			
Si	8	10,4	
No	69	89,6	
Embarazo			
No	59	76,6	
Si	18	23,4	
Número de parejas sexuales			
1-3 parejas	65	84,4	Media 2,01 DS±1,73
4-6 parejas	10	13	
7 o más	2	2,6	
Preferencia de método anticonceptivo			
No utilizó	20	26	
Preservativo	42	54,5	
ACO día después	7	9,1	
Coito Interruptus	3	3,9	
Ciclo menstrual	1	1,3	
Anticonceptivos orales	2	2,6	
Otros	2	2,6	

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Karla Reinoso



Interpretación: De los 170 estudiantes encuestados en lo referente al inicio de vida sexual, un 54,1% (93) afirma no haber empezado su actividad sexual, mientras que un 45,9% (77) respondió afirmativamente a esta pregunta. Se puede observar que de los 77 estudiantes encuestados que ya iniciaron su vida sexual según grupos etarios, se muestra que el 77,9% (60) inició su vida sexual entre los 14 a 16 años de edad, el 13% (10) entre los 11 a 13 años y el 9,1% (7) entre los 17 a 19 años.

Asimismo, se expone que la media de este grupo es de 14,92 años.

Se puede observar que un 89,6% (69) no han presentado Infecciones de transmisión sexual, mientras que el 10,4% (8) tiene una respuesta afirmativa a estas patologías. Además, se visualiza que el 76,6% (59) no registra embarazo, mientras que el 23,4% (18) tiene una respuesta afirmativa.

En relación al número de parejas sexuales, el 84,4% (65) ha tenido de una a tres parejas, mientras que el 13% (10) ha tenido de cuatro a seis y el 2,6% (2) de siete o más. Con respecto al uso de anticonceptivos el 54,4% (42) utilizan preservativo como método anticonceptivo mientras que el 26% (20) no utilizó ningún método anticonceptivo y el 9,1% (7) empleó el anticonceptivo del día después. Esto entre los métodos más representativos del estudio.



Tabla 4. Distribución de los estudiantes que han iniciado y no su actividad sexual según su fuente de información sobre sexualidad. Cuenca 2018

Variable	Inicio de Vida Sexual			
	Si		No	
	Número	Porcentaje %	Número	Porcentaje
No recibo	2	2,6	3	3,2
Madre	25	32,5	56	60,7
Padre	3	3,9	2	2,2
Otro familiar	3	3,9	1	1,1
Profesores	6	7,8	8	8,6
Amigos	9	11,7	6	6,5
Médicos	6	7,8	5	5,4
Redes sociales	7	9,1	4	4,3
YouTube	5	6,5	4	4,3
Google	6	7,8	4	4,3
Otras	5	6,5	0	0

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Karla Reinoso

Interpretación: De la información expuesta en la tabla anterior se toman los valores más representativos, de los 77 adolescentes que han iniciado vida sexual el 32,5% (25) han recibido información por parte de la madre, el 11,7% (9) la ha recibido de los amigos, el 9,1% (7) de redes sociales, el 7,8% (6) de médicos y Google respectivamente, y el 6,5% (5) de YouTube y otros.

Con respecto a los estudiantes que no han iniciado vida sexual, la mayoría de ellos 60,2% (56) obtienen información sobre educación sexual por parte de la madre, mientras el 8,6% (8) la obtiene de los profesores y un 6,5% (6) de los amigos.



5.3 Correlación entre variables

Tabla 5. Factores de riesgo de inicio de vida sexual en 170 adolescentes escolarizados de la parroquia Hermano Miguel. Cuenca 2018.

Factor de riesgo		Inicio de vida sexual		OR	IC 95%	Valor p
		Si	no			
Tipo de familia	Desestructurada	34 (50,7%)	33 (49,3%)	1,43	0,77-2,66	0,27
	Estructurada	43 (41,7%)	60 (58,3%)			
Condición socioeconómica	Baja	46 (40,4%)	68 (59,6%)	0,54	0,28-1,04	0,07
	Media/Alta	31 (55,4%)	25 (44,6%)			
Funcionalidad familiar	Disfuncional	19 (50%)	19 (50%)	1,27	0,61-2,62	0,50
	Funcional	58 (43,9%)	74 (56,1%)			

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: Karla Reinoso

Interpretación: En el planteamiento de la correlación entre el inicio de vida sexual y el tipo de estructura familiar al que pertenecen los 170 estudiantes evaluados, la tabla precedente muestra que existe riesgo de 1,43 veces mayor de que los adolescentes con familias desestructuradas inicien su vida sexual, sin embargo, no fue estadísticamente significativo. Además, de los adolescentes con las familias desestructuradas el 50,7% si inicio su vida sexual.

En cuanto a la condición socioeconómica no es un factor de riesgo para el inicio de vida sexual; de los adolescentes que presentaron una condición socioeconómica baja el 40,4% inició su vida sexual.

Los adolescentes con familias disfuncionales poseen un riesgo 1,27 veces mayor de iniciar su vida sexual que los adolescentes con familias funcionales, sin embargo, no fue estadísticamente significativo. De los adolescentes que viven en familias disfuncionales el 50% ya inició su vida sexual.



6. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede realizar contrataciones de acuerdo a estudios científicos actuales. En este contexto se detallan diversas variables relevantes para el estudio. En lo que respecta al inicio de vida sexual, se explicitó que un 45,9% de los estudiantes escolarizados ya habían iniciado su actividad sexual. Esto concuerda con los estudios realizados de Holguín YP et al., realizado en Colombia a 946 estudiantes, el 52,8% (500) ya habían iniciado su vida sexual ⁽⁴⁴⁾. A pesar de que existe una diferencia entre los porcentajes, esta no es sustancial, puesto que, la muestra empleada en el estudio colombiano es mayor y los contextos pueden influir en los resultados. No obstante, la comparación es válida ya que, a pesar de la mencionada diferencia, existen características poblacionales similares entre Ecuador y Colombia. En contraste, en un estudio realizado en Colombia, se evidenció que la prevalencia de inicio de vida sexual fue solamente del 25% ⁽⁴⁵⁾.

En lo referente a la edad de inicio de vida sexual se mostró que, en la etapa media de la adolescencia, es decir entre los 14 a 16 años de edad, un 77,9% (60) ya había iniciado su actividad sexual. En los estudios realizados por Mendoza-Tascón LA et al., se explicita que el 44,8% había iniciado su actividad sexual en la etapa media correspondiente a los mismos rangos etarios ⁽³⁾. Rivera-Rivera L., et al., en su estudio de factores asociados encuentra una edad media de inicio de vida sexual a los 16 años de edad ⁽¹⁾. El porcentaje entre los dos estudios difiere en gran medida, siendo una diferencia representativa, no obstante, los datos reflejan una concordancia factible, ya que, existen diferencias en las muestras comparadas. En el presente estudio se observó que la edad media de inicio de vida sexual fue 14,73 años.

Asimismo, se expuso que el 89,6% (69) de los estudiantes encuestados no había presentado infecciones de transmisión sexual. Esto representa un bajo porcentaje en comparación a la totalidad. En el mismo sentido Pinzón- Rondón et al., en su estudio realizado en Colombia, el 69% no presentaron prevalencia de



enfermedades de transmisión sexual ⁽⁴⁶⁾. Este bajo porcentaje, puede deberse al alto índice de uso de preservativo durante la relación sexual como ya se discutirá más adelante. En lo que respecta al embarazo de aquello que ya han iniciado vida sexual, el 23,4 (18) de los 77 estudiantes encuestados han pasado por un proceso de embarazo. En contraste, los estudios realizados por González-Garza CG et al., en México durante el año 2005 muestran que el 55,7% de los encuestado han reportado un proceso de embarazo ⁽²⁷⁾. Las diferencias que se presentan en el contrate pueden deberse a factores culturales, políticos y de administración de la salud pública, puesto que, la atención preventiva es deficiente y en este estudio solo un 37% había empleado métodos anticonceptivos durante su relación sexual.

Asimismo, en lo referente al número de parejas sexuales el porcentaje mayoritario (84,4%) en el presente estudio afirmó que había tenido de una a tres parejas sexuales. En este sentido, Mendoza-Tascón LA et al., expone en su estudio que el 23,8% de los adolescentes indican tener más de una pareja sexual al año ⁽⁴⁷⁾.

En el uso de métodos anticonceptivos, el estudio mostró que el 54,5% (42) empleó el preservativo en su actividad sexual. Esto concuerda en gran magnitud con el estudio de González E et. al. realizado en Chile durante el año 2007, el cual expone que el 50% de los adolescentes había empleado un método anticonceptivo, siendo el preservativo de mayor uso ⁽²⁶⁾.

De acuerdo a la correlación de variables encontradas, se pudo evidenciar que existe riesgo entre la estructura familiar y el inicio de vida sexual determinado por una RP mayor a 1 sin embargo no hubo diferencia estadística significativa. En este sentido el 50,7% de los perteneciente a familias desestructuradas ya habían iniciado su vida sexual. Esto concuerda con el estudio de González-Garza CG et al., en el cual se expone que el 53,8% de los adolescentes de hogares desestructurados había iniciado su actividad sexual ⁽²⁷⁾. Por otro lado, en el estudio antes mencionado, realizado por Calle Karin, no se evidencia relación entre la estructura familiar y el inicio de vida sexual en los adolescentes, se obtuvo una p de 0,18 ⁽³⁶⁾. Otro estudio realizado en Colombia por González Q et. al. obtuvieron un OR de 1.2 con un valor



de p de 0,06, indicando que no existe diferencia estadísticamente significativa entre la estructura familiar y el inicio de vida sexual ⁽⁴⁵⁾.

En lo que respecta al inicio de vida sexual de acuerdo a la variable de funcionalidad familiar se pudo observar que el 50% de los estudiantes encuestados ya había iniciado su actividad sexual y pertenecían a una familia disfuncional. Asimismo, mediante la RP, mayor a 1, se determinó que en las familias disfuncionales existe un riesgo mayor para un inicio de vida sexual temprano, sin embargo, no hubo significancia estadística. Esto se encuentra en concordancia con el estudio realizado por Marston M et al., en el 2013, según el cual el 61,1% de los encuestados que provenían de familias disfuncionales ya habían iniciado su actividad sexual ⁽⁴¹⁾. Hernández-Castillo L., et al., realizaron un estudio transversal a 100 estudiantes entre 15 y 19 años; se estudio la disfuncionalidad familiar y se observó que el 45% ya tenía vida sexual activa ⁽³⁷⁾, este estudio coincide con el estudio actual donde el inicio de vida sexual en familias disfuncionales es del 50%.

En cuanto a la relación entre el inicio de vida sexual y las condiciones socioeconómicas de los encuestados se visualiza una prevalencia de un 40,4% pertenecientes a la clase baja que ya había iniciado vida sexual. Esto concuerda con el estudio de Flórez et al., realizado en Colombia expone que un porcentaje mayoritario, específicamente pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo ya habían iniciado su vida sexual ⁽⁴²⁾. Ayala M., et al., realizaron un estudio transversal con 96 mujeres adolescentes dividieron en dos grupos el primer grupo quienes ya presentaron un embarazo y el segundo no, donde vieron si los factores socioeconómicos y culturales poseen influencia en el embarazo, se encontró asociación entre el factor económico como que el ingreso sea menor al salario mínimo ⁽⁴⁸⁾. En el estudio actual no existió diferencia ni riesgo en la situación socioeconómica para el inicio de vida sexual.



Universidad de Cuenca

Limitaciones

Existió percances con el Ministerio de Educación para conceder los permisos necesarios. Hubo dificultad con la colaboración de los estudiantes y los padres de familia, quienes de una u otra manera no permitieron realizar las encuestas.



7.1 CONCLUSIONES

- La mayor parte de la población perteneció a los adolescentes etapa media.
- La mayoría perteneció al género femenino.
- En cuanto al estado civil el mayor porcentaje se ubicó en los solteros, y existió casados y con unión libre.
- Casi la mitad de los encuestados ya iniciaron su vida sexual y de estos la gran mayoría lo hizo entre los 14 y 16 años.
- Mas de la mitad habían empleado preservativo.
- Un porcentaje bajo pero considerable ha presentado infecciones de transmisión sexual.
- Un porcentaje medio había pasado por un proceso de embarazo.
- Existió riesgo en la desestructuración familiar y la disfuncionalidad para el inicio de vida sexual pero no fue significativo, no existió riesgo en la condición socioeconómica.

7.2 RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio de intervención para brindar un adecuado conocimiento en educación sexual a los adolescentes
- Realizar un taller con adolescentes, padres de familia y docentes sobre educación sexual.
- Realizar estudios en más centros educativos de la localidad.
- Concientizar al Ministerio de Educación que la sexualidad en el adolescente también es competencia del adolescente en etapa temprana (11 a 13 años de edad).
- Investigar los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los adolescentes en salud sexual y reproductiva.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Rivera-Rivera L, Leyva-López A, García-Guerra A, de Castro F, González-Hernández D, de los Santos LM. Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gac Sanit.* enero de 2016;30(1):24-30.
2. Rodríguez JAM, López BA. La familia y el adolescente. *Rev Medica Hosp Gen Mex.* 1999;62(3):191–197.
3. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Rev Chil Obstet Ginecol.* junio de 2016;81(3):243-53.
4. Lenciauskiene I, Zaborskis A. The effects of family structure, parent--child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scand J Public Health.* 1 de agosto de 2008;36(6):607-18.
5. del Olmo IM. Conclusiones de los temas debatidos en la Mesa de Propietarios. En: *II Congreso de Castellología Ibérica Alcalá de la Selva (Teruel)*, 8-11 noviembre 2001 [Internet]. 2005 [citado 17 de septiembre de 2016]. p. 1231. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4082012>
6. Decat P, Nelson E, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Segura Z, et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. *BMC Public Health.* 2013;13(1):31.
7. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, editor. *Compendio Estadístico 2014* [Internet]. 2014. Disponible en: www.ecuadorencifras.gob.ec/.../web-inec/
8. Barella Balboa JL, Mesa Gallardo I, Cobeña Manzorro M. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. *Med Fam.* 2002;4(3):37–42.
9. Vergara T, Sanabria AM, Valderrama L, Uribe AF, Orcasita L. Description of knowledge, attitudes, susceptibility and self-efficacy in cases of HIV/AIDS in a group of Colombian adolescents. 2015 [citado 15 de octubre de 2016]; Disponible en: <https://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/2142>
10. Quizhpe A, Vega B, Auquilla N, Verdugo A, Villamagua E, Campoverde J, et al. *Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad.* Documento de Referencia Ecuador. 2011 mar.
11. *Prioridades de investigación en salud, 2013-2017.* :38.



12. Naranjo RA, Amat OR, Rodríguez GNG, León MLN, others. Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. *Gac Médica Espirituana*. 2012;10(2):8.
13. Gómez Cobos, Erick. Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, vol. 10, núm. 2; 2008.
14. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2011;37(3):387–398.
15. IunA BernAl AC. Funcionamiento familiar, conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en adolescentes bachilleres. *Acta Colomb Psicol*. 2012;15(1):77–85.
16. Trujillo EV, Henao J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colomb Psicol*. 2015;10(1):49–63.
17. Cutié S, Ramón J, Laffita B, Toledo B, others. Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2005;70(2):83–86.
18. Cutié S. JR, Laffita B. A, Toledo B. M. PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES CUBANOS. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2005 [citado 12 de enero de 2019];70(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. García Roche R, Cortés Alfaro A, Villa Aguilera L, Hernandez Sanchez, Mariela, Mesquia Valera, Alina. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. La Habana: *Revista Cubana de Medicina General Integrada*; 2006. 7 p.
20. Ruiz-Canela M, López-del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, Irala J de. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. 2012 [citado 21 de enero de 2017]; Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9391>
21. Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas [Internet]. OPS; 2003 [citado 11 de febrero de 2017]. Disponible en: http://saludxmi.cnpss.gob.mx/inpsiquiatria/portal/saludxmi/biblioteca/sexualidad/m3_Factores_desarrollo_saludsexual_adolescentes.pdf
22. Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Aten Primaria*. septiembre de 2015;17(67):217-25.



23. Castillo Torres C, González Castellar S. Beliefs and practices of sexuality in pregnant teens in Cartagena, Colombia - 2014. *Investig Desarro*. 1 de julio de 2015;23(2):312-37.
24. Cabrera AR. Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. :9.
25. Urzúa RF. El Adolescente y sus Conductas de Riesgo. :150.
26. González E, Molina T, Montero A, Martínez V, Leyton C. Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario. *Rev Médica Chile*. 2007;135(10):1261–1269.
27. González-Garza C, Rojas-Martínez R, Hernández-Serrato MI, Olaiz-Fernández G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública México*. 2005;47(3):209–218.
28. Rodríguez Carrión J, Isabel Traverso Blanco C. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*. noviembre de 2012;26(6):519-24.
29. Pinzón-Rondón ÁM, Ross T, Botero JC, Baquero-Umaña MM, others. Prevalencia y factores asociados a enfermedades de transmisión sexual en menores explotados sexualmente en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2009;11(3):468–479.
30. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Rev Médica Chile*. 2013;141(3):313–319.
31. Tuñón E, Nazar A. Género, escolaridad y sexualidad en adolescentes solteros del sureste de México. *Papeles Poblac*. 2004;10(39):159–175.
32. González E, Molina T, Montero A, Martínez V. Factores familiares asociados al inicio sexual temprano en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva en Santiago de Chile. *Rev Médica Chile*. 2013;141(3):313–319.
33. Andrade Palos P, Ocampo DB, Delgado JRP. Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Rev Colomb Psicol*. 2006;15:91.
34. Decat P, De Meyer S, Jaruseviciene L, Orozco M, Ibarra M, Segura Z, et al. Sexual onset and contraceptive use among adolescents from poor neighbourhoods in Managua, Nicaragua. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 4 de marzo de 2015;20(2):88-100.



35. González JC, others. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Rev Salud Pública*. 2009;11(1):14–26.
36. Calle Callo K. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA INDEPENDENCIA NACIONAL PUNO, 2017. :81.
37. de la Revilla, Luis L. La familia como sistema. *FMC-Form Médica Contin En Aten Primaria*. 2007;14:8–18.
38. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 201. 18(1):12.
39. Rangel JL, Valerio L, Patiño J, García M. Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. :5.
40. Dominguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente [Internet]. [citado 30 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_3_11/gin11311.htm
41. Marston M, Beguy D, Kabiru C, Cleland J. Predictors of Sexual Debut Among Young Adolescents in Nairobi's Informal Settlements. *Int Perspect Sex Reprod Health*. marzo de 2013;39(01):022-31.
42. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. diciembre de 2005;18:388-402.
43. Flórez CE, Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. *Notas Poblac*. 2006;83:41–74.
44. Holguín M YP, Mendoza T LA, Esquivel T CM, Sánchez M R, Daraviña B AF, Acuña P M. Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2013;78(3):209-19.
45. González Quiñones JC, Molano LF, Montes NC, Moreno DA, Nova LC, Olaya ED, et al. Relación entre comportamientos de riesgo en sexualidad y familia en adolescentes escolarizados, 2015-2016. *Carta Comunitaria*. 3 de agosto de 2017;25(144):15.
46. Pinzón-Rondón ÁM, Ross TW, Botero JC, Baquero-Umaña MM. Prevalencia y Factores Asociados a Enfermedades de Transmisión Sexual en Menores Explotados Sexualmente en Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. junio de 2009;11(3):468-79.



47. Mendoza Tascón LA, Claros Benítez DI, Peñaranda Ospina CB. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2016;81(3):243-53.
48. Ayala-Aguilar MI, García-Posada LD. Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural. 2001;7(2):4.



ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de las variables

Variable.	Definición Conceptual.	Dimensiones.	Indicador.	Escala
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de estudio.	Biológica.	Número de años cumplidos, al momento del registro en la encuesta, referidos por el/la encuestado/a.	1. Adolescente temprano (10 a 14 años). 2. Adolescente tardío (15 a 19 años).
Genero.	Manera en la que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa.	Biológica.	Registrado en la encuesta, referido por el/la encuestado/a.	1. Masculino 2. Femenino
Residencia.	Zona geográfica en la que habita regularmente y ejerce su actividad diaria.	Geográfica.	Zona geográfica registrado en la encuesta, referido por el/la encuestado/a en relación a la provincia, ciudad y parroquia.	1. Urbana 2. Rural
Auto identificación étnica.	Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre y voluntaria su pertenencia a una	Cultural.	Referida por el/la encuestado/a.	1. Blanco 2. Mestizo 3. Afroecuatoriano 4. Montubio.



	nacionalidad o pueblo.			5. Indígena 6. Otro 7. No sabe
Estado Civil.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Social.	Referida por el/la encuestado/a.	1. Soltero 2. Casado 3. Union libre 4. Viudo 5. Divorciado 6. Separado
Edad de inicio de vida sexual.	Edad del primer coito o cópula con penetración del pene en la vagina o el ano.	Biológica.	Referido por el/la encuestado/a al momento de la encuesta.	Numérica.
Inicio de vida sexual.	Primer coito o cópula con penetración del pene en la vagina o el ano.	Biológica.	Respuesta positiva o negativa al momento de la encuesta, referida por el/la encuestado/a.	1. Si 2. No
Parejas sexuales.	Personas con las que se ha practicado coito o cópula con penetración del pene en la vagina o el ano.	Biológica.	Referido por el/la encuestado/a al momento de la encuesta.	Numérica.



Uso de métodos anticonceptivos	Uso de métodos de barrera, hormonales, o con la finalidad de evitar un embarazo.	Biológica.	Uso de métodos anticonceptivos referida por el/la encuestado/a.	1.Preservativo 2.Pastilla del día después 3.Coito interrumpido 4.Con el periodo menstrual 5. Pastillas anticonceptivas . 6.Inyecciones anticonceptivas . 7.T de cobre. 8. Implantes. 9. No utilizo. 10. Otros.
Infecciones de Transmisión Sexual.	Enfermedades que se transmiten, en su mayoría, a través de relaciones sexuales.	Biológica.	Padecimiento de enfermedades de transmisión sexual referida por el/la encuestado/a.	1.Si 2.No
Antecedente de agresión sexual	Violencia de naturaleza sexual cometida contra otra persona, atacando su libertad sexual	Social.	Antecedentes de violencia de naturaleza sexual cometida contra otra persona, atacando su	1.Si 2.No



			libertad sexual referida por la encuestada	
Antecedentes de Embarazo.	Período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoi de y el momento del parto o aborto	Biológica.	-Antecedentes de embarazo referido por la encuestada. -Antecedentes de haber fecundado a una mujer, referido por el encuestado.	1.Si 2.No
Número de hijos.	Descendiente directo de la persona encuestada.	Biológica	Referido por el/la encuestado/a al momento de la encuesta.	Numérica.
Información sobre sexualidad.	Persona que proporciona información sobre sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.	Social.	Persona referida por el/la encuestado/a registrado en la encuesta.	1.Madre 2.Padre 3.Otro familiar 4.Profesores 5.Amigos 6.Médico 7.Redes sociales 8.Videos (youtube) 9. Navegadores de internet (google) 10.Otros
Funcionalidad Familiar.	Relaciones armónicas en el interior de la familia que permiten el equilibrio emocional y facilita el confrontar hechos adversos en el entorno	Social.	Funcionalidad familiar de acuerdo al formulario de acuerdo al formulario FF-SIL (Funcional 57 a 75 puntos; moderadamente	1.Funcional 2.Disfuncional



			funcional 43 a 56; disfuncional 28 a 42; severamente disfuncional 14 a 27 puntos)	
Estructura Familiar.	Configuración familiar determinada por la presencia a ausencia de los progenitores.	Social.	Registrado en la encuesta, referido por el/la encuestado/a.	1.Familia estructurada 2.Familia desestructurada
Condición Socioeconómica	Es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación, y empleo.	Social.	Categorización de acuerdo al puntaje. . Las características de la vivienda tienen un puntaje de 236 puntos, educación 171 puntos, características económicas 170 puntos, bienes 163 puntos, TIC's 161 puntos y hábitos de consumo 99 puntos	1.Alta (841,1 a 1000) 2.Media Alta (696,1 a 845) 3.Medio típico (535,1 a 696) 4.Media baja (316,1 a 535) 5.Baja (0 a 316)



Anexo 2

RECURSOS

Humanos:

- Directos: Md. Karla Reinoso como autora de la investigación, Dra. Janeth Tapia como directora de la investigación.
- Indirectos: Ministerio de Educación, directores de los colegios de la parroquia Hermano Miguel

Fuentes	Discriminación detallada de Recursos	Unidades que se Requieren	Valor de cada Unidad (USD)	Costo Total (USD)
Autora del estudio	Computadora	1	--	--
	Impresora	1	--	--
	Hoja A4	2000	0.01	20.00 USD
	Impresiones	3000	0.02	60.00 USD
	Fotocopias	4500	0.01	45.00 USD
	Internet	240 (horas)	0.20	48.00 USD
	Lápiz	10	0.30	3.00 USD
	Borrador	4	0.20	0.80 USD
	Empastados	6	4.00	36.00 USD
	Flash Memory	1	4.75	4.75 USD
	Transporte	40	4.00	160.00 USD
	Alimentación	300	2.00	600 USD
	Encuestas	219	5.00	1095.00 US
	Varios	--	--	90.00 USD
	Computadora	1	--	--
	Internet	48 (horas)	--	--
	Libros Biblioteca	--	--	--
Universidades	Listado de estudiantes	651	--	--
TOTAL	--	--		2,162,55 USD



Anexo 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES NUEVO

ACTIVIDADES	AÑO 2018-2019												RESPONSABLE
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	
✓ Presentación y aprobación del protocolo													Md. Karla Reinoso.
✓ Solicitud de permisos al Ministerio de Educación y a las Unidades Educativas.													Md. Karla Reinoso. Directores de las respectivas unidades.
✓ Elaboración del marco teórico													Md. Karla Reinoso.
✓ Revisión de los instrumentos de recolección de datos													Md. Karla Reinoso. Dra. Janneth Tapia.
✓ Plan piloto													Md. Karla Reinoso.
✓ Recolección de los datos													Md. Karla Reinoso.
✓ Tabulación e interpretación de los datos													Md. Karla Reinoso. Dra. Janneth Tapia.
✓ Elaboración y presentación de la información													Md. Karla Reinoso. Dra. Janneth Tapia.
✓ Conclusiones y recomendaciones													Md. Karla Reinoso.
✓ Elaboración del informe													Md. Karla Reinoso.



Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sr/a/ta estudiante _____

Yo, Karla Reinoso Jaramillo, médico y estudiante del posgrado de medicina familiar y comunitaria, me encuentro realizando mi tesis con el tema: FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL EN ADOLESCENTES, por lo que solicito de la manera más comedida consienta su participación. Dentro de las encuestas se encuentra información sociodemográfica, si ha iniciado su vida sexual y preguntas sobre características familiares funcionales y estructurales. Esta información se manejará con confidencialidad y respeto a la integridad de los participantes. Toda la información recolectada será utilizada solamente con fines académicos y de investigación.

Los resultados serán socializados con fines benéficos.

Yo, he leído y comprendido la información expuesta, y por tanto acepto participar en la presente investigación.

Firma: _____

Si usted requiere información adicional sobre el estudio usted puede contactar a la Md. Karla Reinoso J al celular 0983112310, teléfono fijo 4104165 o escribir al email karlareinoso2412@hotmail.com



Anexo 5

ASENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sr/a/ta estudiante _____

Yo, Karla Reinoso Jaramillo, médico y estudiante del posgrado de medicina familiar y comunitaria, me encuentro realizando mi tesis con el tema: FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL EN ADOLESCENTES, por lo que solicito de la manera más comedida asienta su participación. Dentro de las encuestas se encuentra información sociodemográfica, si ha iniciado su vida sexual y preguntas sobre características familiares funcionales y estructurales. Esta información se manejará con confidencialidad y respeto a la integridad de los participantes. Toda la información recolectada será utilizada solamente con fines académicos y de investigación.

Los resultados serán socializados con fines benéficos.

Yo _____, he leído y comprendido la información expuesta, y por tanto acepto participar en la presente investigación.

Firma: _____

Si usted requiere información adicional sobre el estudio usted puede contactar a a Md. Karla Reinoso J al celular 0983112310, teléfono fijo 4104165 o escribir al email karlareinoso2412@hotmail.com

Anexo 4



Anexo 6

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sr/a Representante del estudiante _____

Yo, Karla Reinoso Jaramillo, médico y estudiante del posgrado de medicina familiar y comunitaria, me encuentro realizando mi tesis con el tema: FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL INICIO DE VIDA SEXUAL EN ADOLESCENTES, por lo que solicito de la manera más comedida se permita la participación de su representado. Dentro de las encuestas se encuentra información sociodemográfica, si ha iniciado su vida sexual y preguntas sobre características familiares. Esta información se manejará con confidencialidad y respeto a la integridad de los participantes. La participación es voluntaria. Si tiene alguna duda sobre esta investigación por favor comunicarse con el investigador.

Toda la información recolectada será utilizada solamente con fines académicos y de investigación.

Los resultados serán socializados con fines benéficos para los adolescentes.

Yo _____, he leído y comprendido la información expuesta, y por tanto acepto libremente y sin ninguna presión la participación de mi representado en la presente investigación.

Firma: _____

Si usted requiere información adicional sobre el estudio usted puede contactar a la Md. Karla Reinoso J al celular 0983112310, teléfono fijo 4104165 o escribir al email karlareinoso2412@hotmail.com